

3 761 11649551 6



CAZON
H 85
-0 56

Ontario Report merges with The Journal

The Addiction Research Foundation is combining its newsletter Ontario Report with its sister publication, The Journal.

"Every government agency and ministry has to make tough decisions these days to stay within tight budget guidelines," ARF president Mark Taylor said. "This is one of those tough decisions."

"Ontario Report readers will still be able to stay informed on addictions and the Foundation's work," Mr. Taylor said. "We invite them to subscribe to The Journal, which covers national and international events and issues in the addictions field."

Ontario residents can get

The Journal free of charge. To subscribe, please call 595-6059 (in Toronto) or 1-800-661-1111 (toll-free in Ontario).

Ontario Report was launched in June, 1987. In 1990, it was named best external newsletter in its class at the Forum Awards, presented for excellence in provincial government communications. The newsletter won a total of four Forum Awards — two golds, one silver and an honorable mention — from 1990 to 1992.

By 1993, each issue would reach more than 10,000 policy makers, clinicians, educators, law enforcement officials, community anti-drug activists and others.

Ontario Report is published by the Creative Services Unit of the Addiction Research Foundation. Material may be cited or reprinted, with credit to the Addiction Research Foundation's Ontario Report. Address all correspondence to:

ARF Ontario Report
33 Russell St.
Toronto M5S 2S1
(416) 595-6067

Editor: Howard Sklier

Writers: Howard Sklier
Ian Kinross
Julia Drake

Production: Bob Tayan

March/April 1993
Volume 6, Number 2

0010505
UNIVERSITY TORONTO
LIBRARY
SERIALS/ORDER DEPT
TORONTO ONT 16 V
M5S 1A5



2568

Ontario Report

MDs prescribing methadone get network's support

There's a new support network for Ontario physicians who prescribe methadone to patients addicted to opiates such as heroin.

The Addiction Research Foundation and The College of Physicians and Surgeons of Ontario sponsored the first meetings of the Methadone Treatment Associates Network (MTAN) in December and February.

"Until now, there has been a lack of support for doctors who prescribe methadone in their private practices," said Wayne Skinner, assistant director, Planning, at the ARF's Clinical Research and Treatment Institute in Toronto. "These doctors are carrying on brave and sometimes isolated work."

MTAN is intended to provide information and consultation, and to contribute to the development of training guidelines and treatment protocol for physicians, he said.

Relatively few Ontario physicians are licensed to prescribe methadone, a synthetic opiate taken orally once a day.

Methadone treatment is usually combined with supportive

counselling. Proponents say its practical benefits — getting users away from the criminal lifestyle associated with illegal opiate use, and in many cases "off the needle" — outweigh philosophical arguments against substituting one narcotic for another. Patients may be weaned from methadone through a tapered dose; however, continue on a long-term program of methadone "maintenance."

Opiate users in Ontario who want methadone treatment have two choices, says ARF scientist and former president Joan Marshman, who helped organize MTAN. They are in the difficult position of trying to find a local doctor who prescribes methadone, or living within commuting distance of MTAN, "home to ARF's methadone treatment program."

Many Ontario communities have no physicians licensed to prescribe the drug.

"Very quickly, word gets out that you prescribe methadone," said Martyn Judson,



National workshop probes link between family violence, drugs

ARF researcher Judith Groeneveld, who has studied the link between family violence and psychoactive drug use for five years, says many professionals still aren't addressing the connection.

"Many people don't know about the coexistence of the problems and, even if they do, that often doesn't translate into action," she says.

In 1989, Ms. Groeneveld and ARF colleague Martin Shan conducted a groundbreaking study that showed that abused women used more tranquilizers, alcohol and illicit drugs than women who hadn't encountered abuse.

But family violence victims who abuse alcohol or other

drugs rarely receive simultaneous treatment for both problems, she says.

Ms. Groeneveld organized The National Link Workshop, March 25 to 28 at Toronto's Skyline Hotel, to publicize "the link" and to promote change.

The workshop was held to help change the perspective on service delivery to victims of violence," she says. About 120 "change agents" — people with the power to evoke systemic change — attended.

Officials of Ontario's Health Ministry and Health and Welfare Canada, other policy makers and social service professionals specializing in addic-

Continued on page 4

Continued on page 4

U.S. model doesn't apply here: Erickson

The televised scene is a familiar one: bury men in bullet-proof vests and jackets emblazoned "Police" hammer at the door of a local drug den. As the door collapses, officers flood in. Seconds later, suspects are face-down on the floor, hands cuffed behind their backs. The officers carry out a search, uncovering drugs — crack,

cocaine, heroin or marijuana — and guns. Whether the program is a documentary-style police show, a crime drama or the nightly news, the message is the same. Drugs are everywhere, and an all-out war is the only thing that will stem the tide that threatens to wash over every neighborhood in America.

But should this approach be taken in Canada? No, says Patricia Erickson, a criminologist at the Addiction Research Foundation.

"Canadians are falling prey to a second-hand drug panic by responding to the myths about drugs in the United States," Dr. Erickson says. Because Canadians are exposed to so much American media, our ideas about the scope of drug problems at home are colored by American experiences, she says.

In fact, the Canadian situation is very different. Research by ARF scientists and others indicates that Canadian consumption of most illicit drugs, including marijuana, has decreased over the last decade.

And while cocaine use did rise somewhat in the 1980s, ARF studies show that the proportion of Ontario adults using cocaine has remained steady at less than two per cent since 1985. Cocaine use by Ontario students dropped by almost two-thirds over the same period.

"Reality has never lived up to the popular image of an epidemic of illegal drug use," says Dr. Erickson.

But rather than seeing the drop in illicit drug use in Canada as evidence that the American images may not apply north of the border, Dr. Erickson says that the Canadian media tend to assume we are just a few years behind the American trend. "Instead of seeing Canada as a distinct society with social and cultural values that in turn affect our levels of crime, the media tend to frame drug-related stories in terms of a cultural lag. Each big drug seizure is seen as bringing us one step closer to the American situation."

This image of a drug "crisis" may also have been a factor in the evolution of drug

Continued on page 2

U.S. model ARF manual can help professionals who work with HIV-positive clients

Continued from page 1

policy in Canada since the mid-1980s. According to Dr. Erickson, the recent increase in drug-related offences may be more the result of an increase in the time and money police spend on arresting drug users and traffickers than on indication of levels of drug use.

Rather than following the example of the American "war on drugs," Dr. Erickson says, Canadians should focus on reducing the harmful consequences of drug use. This kind of approach would promote public health at the community level, a process in which the police could play a role.

Such "harm reduction" strategies view the drug user not as a moral outcast, but as a member of society who may need treatment or other help. Providing clean needles and bleach kits for sterilization, for example, may have contributed to the relatively low rates of HIV infection among injection drug users in Canadian cities. This contrasts with the more punitive approach taken towards injection drug users in the U.S., where rates of HIV and AIDS among this group are much higher.

As a society, we need to step back from the more aggressive "American" approach to drugs, says Dr. Erickson, and look to the experiences of Europe and Australia. "The United States market accounts for over half of the world's drug use," he says. "Why would we follow the lead of the country with the worst drug record in the world?" ■

The spread of HIV, the virus that leads to AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), brings a new challenge to the addictions field.

"Addictions professionals must be prepared to meet the needs of clients with HIV," says Michael McCrimmon, coordinator of the HIV Clinic at ARF's Clinical Research and Treatment Institute.

A new HIV manual will help. The HIV-positive Client: A Guide for Addictions Treatment Professionals covers HIV prevention strategies such as safer sex education and needle exchange; it describes important issues in integrating HIV-positive clients into addictions treatment and outlines specific approaches to counselling.

It's intended for addictions counsellors, physicians, nurses, program directors — "anyone who may see HIV-positive clients," says Mr. McCrimmon, who co-authored the manual with ARF therapist Kate Tschachovsky.

The manual notes that the prevalence of people with HIV (Human Immunodeficiency Virus) in addictions treatment programs is likely to be higher than in the general population for two reasons: "people can contract HIV through injection drug use — and people use drugs and alcohol to cope with illness."

By 1992, more than 13,000 Ontarians had been diagnosed positive for HIV, and more than 4,000 Canadians had died of AIDS.

The HIV Clinic at ARF has a caseload of about 150 HIV-positive clients.

Addictions professionals must learn to address the needs of a wide range of HIV-positive clients — from those who are healthy and may have 10 or more years to live, to those near death, the manual notes.

Mr. McCrimmon says it's important for program staff to respect a client's desire to keep HIV-positive status — or sexual preference — confidential. Group sessions that encourage full disclosure of personal information may not be appropriate for HIV-positive clients.

Therapists should also be prepared to address homophobia directed at gay or lesbian clients, whether HIV-positive or not.

"A group is a microcosm of the world," says Mr. McCrimmon. "And suddenly, right in front of you, there's this guy saying, 'If I ever saw a gay, I'd kill him.' Care givers need to address that kind of discrimination in the same way they may need to confront racial prejudice among clients."

At the same time, program staff should be willing to involve the partners of gay clients in treatment. Many programs involve family members but the emphasis is on heterosexuality," says Mr. McCrimmon. "If you're John Smith and your lover is Tim Jones, the program should be willing to involve Tim in your treatment."

Programs may also need to be flexible in their admission criteria for HIV-positive clients. For example, staff might consider allowing an HIV-positive client to continue taking a prescription for Valium while in treatment (given that the client is functioning appropriately on the medication), even if abstinence from such medication is normally a treatment requirement.

The manual describes two solitudes of HIV-positive clients. "The gay community, in particular, is well-organized and vocal in defending rights of those infected with HIV. However, people who have contracted HIV through injection drug use are largely non-organized." Treatment staff "may have to act as advocates for these clients. Staff must also be sensitive to fears or concerns of injection drug users regarding other HIV-positive clients."

The manual makes a strong case for case management. "In our work at the HIV Clinic, we are in constant contact with the family physicians and other care givers of our clients," says Mr. McCrimmon. Case management increases the chance that clients will stay engaged in treatment and receive consistent care, he says.

The immune systems of HIV-positive substance abusers can improve dramati-

cally when they stop drinking or using drugs, he says.

"One client had a T-cell count of less than three — he basically had no immune system. But when he quit using cocaine, his T-cell count started to creep up again. It was still very low at 15 or 20, but the bottom line was, he was healthier — he had a better chance to fight infection." Alcohol is a well-known immuno-depressant, he adds.

Quitting drugs or alcohol can also benefit HIV-positive clients who may have over-worked livers, due to a combination of the effects of AIDS medications such as Zidovudine ("AZT") and heavy drinking or drug use, he said.

The clinic is arranging to provide HIV training to several addictions treatment centres across Ontario, he says. Those centres would then be listed as "HIV-expert" programs on the ARF's Drug and Alcohol Registry of Treatment (DART) network.

The new manual is available free from the Clinic at (416) 595-6079. ■



Michael McCrimmon

Two more 'Best Advice' papers from ARF

Does treatment work? It's a question often asked of Ontario's addictions professionals.

"And it's a deceptively simple question with no simple, direct answers," says Shelly Pearlman, Youth and Families unit chief in the ARF's Clinical Research and Treatment Institute (CRTI).

The issue is explored in a new Best Advice paper, *Measuring Treatment Effectiveness: What Works?*

"Research shows that treatment does work, but there are different definitions of effectiveness," says Dr. Pearlman, who contributed to the paper.

The paper notes that effectiveness is difficult to measure and compare because:

- some outcome studies are based only on clients who complete programs, while others record results for all clients
- outcome measures vary and may include therapists' evaluations, self-reports, family reports and biological tests
- effectiveness varies according to client characteristics, including age, home environment, job status and problem severity. A program that treats clients with a good prognosis will have a better outcome rate than one serving those with severe problems.

The timing of followup is also important, since most clients who relapse do so within six months of treatment. The paper recommends following up on clients for at least six months after treatment.

"It's universally agreed that lifelong abstinence is an obvious indicator of treatment success, but very few clients achieve this," says Dr. Pearlman. One-half to two-thirds of people treated for alcohol and drug problems do improve by reducing their consumption and related problems.

In all cases, treatment is most effective when clients are matched to programs that meet their specific needs, so it's necessary to offer a variety of treatment options, the paper states.

Ontario offers a range of treatment services — including detoxification, assessment and referral, outpatient and residential programs, and aftercare. The paper summarizes findings showing that, for most people, outpatient treatment is as effective as residential treatment. It also examines the social and health care costs of not offering treatment. Treatment costs, especially for people under age 45, are often recovered within two years — in terms of reduced cost to Ontario's health care system, it notes.

But the value of treatment can't be measured solely in statistics and cost savings. "Humanitarian considerations are part of the equation," the paper states.

Some addictions professionals believe that abstinence is the only safe treatment approach for people with drinking problems. Others accept reduced drinking as an option for some clients who aren't severely dependent.

The ARF's position on both options is explained in another new Best Advice paper, *Abstinence and Reduced Drinking: Two Approaches to Alcohol Treatment*. It recommends:

- total abstinence for people with severe alcohol problems; including physical dependence
- reduced drinking as an option for problem drinkers unwilling to accept abstinence as a lifelong goal.

The paper describes the first group as people with severe levels of physical dependence or alcohol-

related damage, or those whose use of alcohol has repeatedly led to serious personal, family, financial, legal or employment problems.

Problem drinkers aren't physically dependent on alcohol, but their drinking has caused problems.

There are many problem drinkers for whom moderation is appropriate, and goals should be set on a case-by-case basis, the paper advises.

"We act as though there's a magic wand that we wave and people will stop drinking," says Dr. Mark Sobell, a key contributor to the paper. But many problem drinkers won't accept abstinence as an option.

"People seek their own pathway to recovery, and of the problem drinkers who are successful, the majority do so by reducing their drinking," says Dr. Sobell.

Reduced drinking programs examine when and where problems occur, and they work towards eliminating alcohol from those high-risk situations.

The addictions field has seen a recent emphasis on early identification and intervention, and many believe more should be done for those who don't fall into the chronic alcoholic category, says Dr. Sobell.

ARF treatment helps both severely dependent and problem drinkers in various clinics. The Foundation also sells a book, *Staying When*, for people interested in quitting or reducing their alcohol intake.

Reduced drinking can be a balancing act, admits Dr. Sobell. "You attract more people to treatment, but you have to be careful to not let it serve as an excuse to mask severe drinking problems."

On the other hand, some people enter a reduced drinking program and decide that abstinence is a better option for them, he adds.

All Best Advice papers are available from ARF Public Affairs, (416) 595-6054.

Saying When, by Dr. Martha Sanchez-Craig, is available for \$24.95, plus taxes, from ARF Marketing, at (416) 595-6059 or 1-800-661-1111. ■

'From assessment to aftercare'

ARF's product catalogue here

The ARF's 1993 Product Catalogue is hot off the press — and into the hands of 6,000 of the Foundation's regular customers. "It's also available free to anyone who is interested in our products," says Marketing manager Martha Lowrie.

The catalogue describes dozens of books, videos, posters, pamphlets and other information materials on all aspects of addictions: from prevention to treatment, from assessment to aftercare.

There are public awareness and self-help materials, and educational resources for the classroom and workplace. For addictions professionals, the catalogue lists assessment and treatment planning tools, training and development materials, and research and reference documents.

New ARF products listed in this year's catalogue include:

- *Saying When: How to Quit Drinking or Cut Down*, a self-help book that shows how to take stock of alcohol use, cope with temptation and set goals to moderate or abstain from drinking.

- *Do You Know...*, a series of

easy-to-read pamphlets that answer common questions about a variety of drugs and related issues.

- *Youth & Drugs*, an education package for professionals who work with youth that covers adolescent development.

- *Drugs and their use*, identification, assessment, intervention and treatment.

- *Rx Triangle* — a video that shows pharmacists, physicians and medical students how to fight double-doctoring and prescription forgery.

Old favorites from ARF's catalogue include:

- *The Dr. Cooper series* — six lively learning kits that include videos, teachers' guides and posters; ideal for the classroom, the series features puppets characters who investigate the effects of alcohol and drugs.

- *The Computerized Blood Alcohol Calculator (CBAC)* — a software program that calculates blood alcohol level based on number of drinks, weight, sex, age and other variables. For a free copy of the new catalogue, call ARF Marketing at 1-800-661-1111. ■

Closed captioning is available on selected Foundation videos

The Addiction Research Foundation will provide closed captioning on selected ARF videos.

Closed captioning translates a television program's dialogue into text that's displayed on the screen for deaf persons to read.

"The Foundation has used closed captioning since 1991 on public service announcements," says Dave Britnell,

manager of Audiovisual Services. "Now we're planning to provide it on a much wider range of materials."

The first videos to feature captioning will be parts of major ARF training packages.

These include our Link Education kit (see page 1) and a package for people who work with older adults," he said. "They'll be available later this year." ■

Clarke and ARF collaborate on dual disorder treatment group

The Clarke Institute of Psychiatry is just a stone's throw from ARF headquarters in Toronto, but until recently the two organizations didn't share much more than a parking garage.

New ARF and the Clarke are pooling their expertise in a new substance abuse treatment group for patients with chronic psychiatric conditions.

'This is the first formal attempt to talk about patients' drug and alcohol use and the kinds of support they need.'

"In the past, I think we looked the other way when it came to patients' alcohol and drug use," says Dale Buttenill, program manager of the Clarke's Continuing Care Division Day Centre. "The fact is, between 40 and 60 per cent of our patients have substance use problems — whether it's a physical dependence, or drug use that is interfering with their psychiatric treatment. This is the first formal attempt to talk about patients' drug and alcohol use, the problems they experience, their motivation to quit and the kinds of support they need."

The group hopes to generate new knowledge about dual disorder patients and serve as "a model for cooperation between addictions and mental health agencies," says Wayne Skinner, associate director of ARF's Clinical Research and Treatment Institute (CRTI).

About a dozen patients attend weekly group sessions. "It's not your average drug treatment group," says Ms. Buttenill, one of the group's leaders. "These clients have complex problems involving

their medications, as well as housing and social situations."

One woman with schizophrenia uses crack cocaine to break out of "the numbness" he feels while on psychiatric medications, she says.

A woman in the group has had a long-standing battle with both depression and alcohol. Alcohol, which unlocks a more social part of her normally shy personality, can act as both a trigger, and a kind of medication, for her depression.

Other patients have a combination of substance abuse and personality or eating disorders.

For some patients, "drug use offers a few moments of feeling good or having fun in a life that's often desperate," says the ARF's Carl Kent, the other group leader. "And then there is the terrible hardship when a whole disability cheque or government allowance is blown on drugs, and the person spends the rest of the month trying to access soup kitchens."

It has taken several months for group members to begin to trust one another, but "we're beginning to see some progress," says Ms. Buttenill.

"We are seeing some experimentation with abstinence, for example. This week, two members announced they were clean all week. They talked about alternative sources of pleasure to drugs. For one, it was being intimate with his wife. For the other, it was spending the money on decorating his apartment."

The project will receive a formal evaluation — including patient urine screens to monitor drug and alcohol use — under a grant from the ARF's accelerated funding program.

"We see this project as a blueprint for co-operation," says Mr. Kent. "The intent is

for the knowledge we gain here to pay off in other addictions and mental health settings, whether in the form of a program manual, assessment tools or other information."

In the past, the mental health system sometimes took a punitive approach to clients' substance use, says Ms. Buttenill. "There was a tendency

'The intent is for the knowledge we gain here to pay off in other addictions and mental health settings.'

to be moralistic, and pessimistic — not to invest a lot of time and energy in these clients. There was also the stock line: 'Get help for your addiction first.'"

Of course, it took two not to tango.

"The addition professional might tell the client, 'Get help for your schizophrenia first,'" Mr. Kent points out. "I think the addictions and mental health fields are now recognizing it's important to coordinate services for clients with dual disorders."

Dual disorder clients have become a priority for ARF in recent years. Mr. Skinner says. "Last year, we established a unit that conducts research into dual disorders and operates a Mental Health Clinic. So, like the Clarke, we now have a service within our own walls to help dual disorder clients."

As well, ARF program director Gary Cooper recently organized a series of workshops on dual disorders that reached thousands of mental health and addictions professionals across Ontario. ■

Foundation sponsors steroid seminar

"Performance-Enhancing Drugs in Youth Athletes" was the subject of a recent ARF-sponsored seminar for high school coaches, guidance counsellors, teachers, and staff of fitness and weight-training centres. Scheduled speakers were Dina Bell, of the Canadian Centre for Drug-Free Sport (CCDS) in Ottawa and Dr. Peter Meziems, a senior staff physician at the Homewood Health Centre in Guelph.

"A significant change in the use of performance-enhancing drugs won't come about without a change in societal attitudes," says Dina Bell of CCDS.

The centre wants to challenge the "win-at-all costs" sports mentality as well as societal stereotypes of body image, both of which contribute to anabolic steroid use, she said.

Ms. Bell said a coach can be a powerful role model — "in some cases they're a surrogate parent to the young person, who may not have felt accepted before. The team is like a family. The young person may be willing to do anything to win, to stay in the family, including taking performance-enhancing drugs."

"But the coach has the power to convey to young people that sport is about so much more than winning — it's about discipline and fair play and comradeship." Coaches should assign individual goals to each athlete, taking into consideration their strengths, she said. "If a young person is 15 years old and 160 pounds, you don't tell him he has to gain 20 pounds to make the football team. You can say, 'You've still got years to grow. You won't play linebacker this year, but here's how I think you can help...'"

Ms. Bell said there is "a parallel between a young male steroid user and a young woman who has anorexia or bulimia."

Both want to live up to stereotypes: he to the well-chiselled, barrel-chested football star; she to the svelte fashion model with the 20-inch waist. She thinks "if only I could lose 20 pounds" and develops dangerous eating habits to try to meet the goal. He thinks, "if only I could gain 20 pounds" and learns that he can quickly gain weight by using anabolic steroids.

"Kids are growing up with these unrealistic role models. It sounds almost simplistic to say 'we need to give these kids self-esteem,' but teachers, coaches and parents should be helping kids to challenge the stereotypes and point out the positive things in each young person."

Scare tactics may simply scare away a young steroid user, says Homewood's Peter Meziems.

"If you believe a young person is using steroids, the 'just say no' approach won't be very helpful. You also shouldn't deny that steroids improve strength and endurance, because it's very clear that they do."

"It's better to put steroid use in the context of an informed choice. Show your concern that the young person knows the health and legal consequences of their decision to use."

Potential side effects of steroid use include heart and liver disease, changes in sexual characteristics and psychiatric problems such as delusions and paranoia. Trafficking steroids is a criminal offence.

An ARF survey in 1991 revealed that about three

per cent of male high school students in Ontario had used anabolic steroids in the past year.

Dr. Meziems notes that the figures are much higher in the U.S. — about seven per cent — and that U.S. studies showed many young people used the drugs to develop a better body, as well as to enhance athletic performance.

'Making a connection with a young steroid user can pave the way for addressing underlying reasons for use.'

"We may tend to think of body builders as narcissistic, but an incredible number of them have a poor sense of self-esteem — they're pumping up their bodies to build their self-esteem," he said.

Making a connection with a young steroid user can pave the way for addressing underlying reasons for use, he added.

Dr. Meziems said there is "no acknowledged protocol for getting people off steroids. We're where we were with alcohol 30 years ago. We do know that some steroid users meet the criteria for addiction."

Some guidelines on treatment, however, are emerging, he said. For example, the *American Journal on Addictions* reports suicidal depression can occur during withdrawal from steroid use. It stresses the importance of supportive counselling and careful patient monitoring, suggests antidepressants may be helpful, and notes the potential for relapse appears to be highest during the first three months after stopping. ■

MDs prescribing methadone get support from new network

Continued from page 1

the only physician in London offering this treatment to opiate users.

"In 1990, I had a patient referred to me from ARF's methadone program. He had moved to London. I already had an interest in helping patients deal with drug and alcohol problems and I thought this would be consistent with that part of my practice. Within one year, I had 12 patients, and I added another 10 the next year." One patient travels regularly from Windsor and another from Kingston.

ARF's role will be to share its expertise on methadone treatment to support MTAN members like Dr. Judson, said Dr. Marshman.

Support may come in the form of consultation, training, information materials, or research. "We want these physicians to identify clinical and research issues that will drive our work."

For example, research could examine patient numbers, problem drugs, prescription patterns and other factors.

Physicians who wish to prescribe methadone must receive approval from Health and Welfare's Bureau of Dangerous Drugs. The bureau

monitors prescriptions to ensure compliance with national guidelines.

The College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO) is responsible for determining the necessary qualifications for physicians who wish to prescribe methadone and for recommending their applications to the bureau.

CPSO has received an increasing number of requests from doctors for advice and recommendations, said Leanne Shamy, a coordinator in its Professional Affairs department.

She said MTAN is "a great way for physicians to get together and exchange ideas and for the College to listen to their needs."

MTAN members are reviewing issues such as physician reimbursement, as well as considering new methadone prescription guidelines released by the Bureau of Dangerous Drugs. The guidelines cover methadone dose, urine-testing requirements, take-home privileges and other factors.

"Most physicians know what methadone is," Ms. Shamy said, "but they may not all have the knowledge and expertise necessary to help the opiate addict at their door." ■

Give methadone clients a say in their treatment

Methadone patients do better when they have a say in their treatment and have access to comprehensive services. That was the message delivered to participants at a recent international conference sponsored by the American Methadone Treatment Association.

ARF's representative at the conference, methadone program clinical coordinator Barb Veder, said comprehensive treatment services include:

- primary medical care
- healthy lifestyles education
- vocational assessment
- educational upgrading
- supportive counselling and case management

National workshop probes link between family violence, drugs

Continued from page 1

tions or domestic violence were invited to attend.

"Many organizations provide services related to violence and addictions, but, until now, there's been no forum to share information," says Ms. Groeneveld. "The workshop provided that forum and networking opportunities."

It featured presentations by family violence and addictions experts including Sue Evans, who specializes in child sexual abuse; Judy Roizen, whose work focuses on perpetrators of family violence; Barbara Ball, a specialist on adult survivors of abuse; and ARF staff, including resident Mark Taylor. Group discussions followed each presentation.

"The workshop also provided

- group, family and individual therapy
- psychiatric consultation and treatment.

These services would ideally be offered by a free-standing methadone clinic that performs community outreach, she said.

Health professionals should view methadone treatment not as a "cure" for opiate addiction, but as a form of medical management of the addiction, "as insulin treatment is seen as a way to manage diabetes."

Once the addiction is medically managed by methadone, clients can make use of comprehensive services to improve their lives, she said. ■

valuable new educational materials," says co-organizer Julia Greenbaum, an ARF research and development associate.

Participants were trained to use the Link Kit, an ARF educational package consisting of a workbook, trainer's guide and video. "They were encouraged to share their new skills with their colleagues upon returning home," says Ms. Greenbaum. "I hope that more addictions professionals will start to ask about the possible existence of violence when they treat people — especially women. And professionals helping victims of family violence should also be looking for signs of substance abuse," says Ms. Groeneveld.

"I hope that the workshop encouraged both groups to coordinate more appropriate ser-



The puck drops here: Addiction Research Foundation regional manager Andrea Stevens Lavigne (centre) gets ready for a ceremonial face off at a recent celebrity game between Law Enforcement All-Stars and hockey legends like former NHL star Billy Harris (left). A series of games across Ontario raised more than \$50,000 for the ARF and several host communities.

Hockey heroes help raise funds for Foundation and communities

Guy Lafleur, Gilbert Perreault and other Hockey Legends took on a team of Law Enforcement All-Stars in a recent series of games across Ontario, raising more than \$50,000 for the Addiction Research Foundation.

"The RCMP and local police forces have always shown generosity to the ARF in their work to prevent substance abuse," said ARF Marketing manager Martha Lowrie, who co-ordinates fund-raising. "Organizing this series was a special way for them to support our efforts."

At a packed Varsity Arena in Toronto, the ice seemed to slant towards the Law Enforcement All-Stars' net as the game wore on.

In the third period, the Legends were ahead 10-2, but agreed to annul their eight-goal lead. The Law Enforcement All-Stars seized the chance and won 2-1.

The game was officiated by retired National Hockey League referee Red Storey and

former Montreal Canadiens stars Maurice "Rocket" Richard and Jean Beliveau. Eddie "The Entertainer" Shack coached the Legends.

Legends and game officials stole a chapter from the Harlem Globetrotters' book of tricks.

Guy Lafleur scored a goal while handcuffed to a teammate.

Maurice Richard penalized a Law Enforcement All-Stars player two minutes for "missing the wide open net."

One player on the police squad thought he was about to have his photograph taken while surrounded by his hockey heroes, but instead got a

pie in the face.

Legends goalie Gilles Gilbert made a save, then booted the puck off his pad soccer-style to a wide-open Marcel Dionne, who corralled the airborne pass and went in to score.

ARF staff, family and friends pitched in to sell programs at the games.

Half of the money raised from the series will be used to develop ARF programs, services and information materials for all Ontario communities, Ms. Lowrie said.

"The other half of the proceeds will be made available to the communities in which it was raised, for training and materials." ■

Sarnia's Chiu gets Anniversary Medal for community work

ARF program consultant Angie Chiu has received a 125th Anniversary Commemorative Medal for her community work.

The awards program, launched to mark the 125th anniversary of Canada's Confederation, honors those who've made significant contributions to their communities, fellow Canadians and the nation.

Ms. Chiu, of the Sarnia Area Office, is the second ARF employee to receive an anniversary medal. Program director Christine Bois, of the Perth Area Office, was also cited for community work.

Each Canadian senator and MP is entitled to present medals to noteworthy constituents. Ms. Chiu was chosen by Sarnia-Lambton MP Ken James, on the recommendation of an area awards committee.

"I was really surprised to hear about the award," says

Ms. Chiu. "It was quite an honor for me."

An ARF program consultant for nine years, Ms. Chiu works with area school boards, industries, municipalities, law enforcement and treatment services. She's involved in health promotion efforts and serves on various addictions committees and boards.

Ms. Chiu established an Employee Assistance Program (EAP) Council for Lambton County and helped various companies launch EAPs. She formed an area Drug Awareness Week committee and developed a Sober Boater Program for Lambton County. Ms. Chiu also helped the Lambton District Health Council conduct a local addictions services review and helped the Chippewa community develop an assessment referral service and health promotion program. ■

Une fusion de Réseau ontarien et The Journal

Réseau ontarien, le bulletin d'information de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie sera fusionné à la publication (en anglais seulement) de la Fondation, The Journal.

«Tous les organismes gouvernementaux doivent prendre des décisions douloureuses s'ils veulent rester dans les limites de leur budget, déjà serré», commente Mark Taylor, président de la ARF. «Cette décision fait malheureusement partie de celles-là.

«Les lecteurs de Réseau ontarien auront la possibilité de demeurer au fait des activités de la Fondation, précise-t-il. Nous les invitons à s'abonner à The Journal, qui couvre les événements et les nouvelles nationales et internationales dans le domaine de la toxicomanie.

Les résidents de l'Ontario peuvent se procurer The Journal gratuitement.

Pour s'abonner, il suffit de composer le 659-6289 (à Toronto) ou le 1-800-661-1111 (sans frais en Amérique du Nord).

Lancé en juin 1987, Réseau ontarien a été reconnu, en 1990, comme le meilleur bulletin d'information externe de sa catégorie lors de la remise des prix Forum, qui soulignent l'excellence des communications au sein du gouvernement provincial. De 1990 à 1992, Réseau ontarien a remporté quatre prix Forum, soit deux médailles d'or, une d'argent et une mention honnorable.

En 1993, chaque numéro est passé dans les mains de plus de 10 000 lecteurs incluant des décideurs, cliniciens, éducateurs, responsables de l'application de la loi, et partenaires communautaires de la lutte antidrogue.

Réseau ontarien est publié sur le service de création de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie. Toute reproduction ou citation d'extrait doit mentionner la publication Réseau ontarien et la Fondation de la recherche sur la toxicomanie. Prière d'adresser votre correspondance à :

Réseau ontarien
Fondation de la recherche
sur la toxicomanie
33, rue Russell
Toronto M5S 2S1
(416) 595-6607

Rédacteur en chef : Howard Shier
Journalistes : Howard Shier
Joel Kinsley
Julia Orliko
Mise en page : Bob Tarjan
Adjointes à la rédaction : Joëlle Boly
Elisa Parent

Un réseau de consultation destiné aux médecins qui prescrivent la méthadone

Un nouveau réseau d'entraide a été formé à l'intention des médecins ontariens qui prescrivent de la méthadone à des clients dépendants d'un opiacé comme l'héroïne. La Fondation de la recherche sur la toxicomanie (la ARF) et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario ont financé les premières réunions du Réseau de consultation sur le traitement à la méthadone, qui ont eu lieu en décembre et en janvier.

«Avant la création du réseau, les médecins appelés à prescrire de la méthadone n'avaient pas vraiment de ressources vers qui se tourner en cas de besoin», explique Wayne Skinner, directeur adjoint de la planification à l'Institut de recherche clinique et de traitement de la ARF à Toronto. «Ces médecins font souvent un travail isolé qui demande beaucoup de courage.»

On prévoit que le réseau sera non seulement une source d'information et de consultation, mais qu'il permettra également d'élaborer des principes de formation et un protocole de traitement pour les médecins.

Il y a relativement peu de médecins ontariens qui sont autorisés à prescrire de la méthadone, opiacé synthétique administré par voie orale une fois par jour. Le traitement à la méthadone est généralement combiné à des séances de counseling. Selon les partisans du traitement à la méthadone, les avantages pratiques (le fait que l'usager n'ait plus à se servir de seringues ou qu'il délaisse les activités criminelles associées à l'usage illégal d'opiacés) l'emportent sur l'argumentation

philosophique qui s'objecte à la substitution d'un stupéfiant par un autre. Il est possible de sevrer graduellement les clients en leur administrant des doses de moins en moins élevées de méthadone. Beaucoup d'entre eux, cependant, continuent de suivre un programme prolongé de «maintien» à l'aide de la méthadone.

Selon la D^{re} Joan Marshman, scientifique et ancienne présidente de la ARF, deux choix s'offrent en Ontario aux usagers des opiacés qui désirent un traitement à la méthadone : «Ils n'ont pas la tâche facile car ils doivent soit trouver un médecin qui prescrit de la méthadone, soit se loger à une distance raisonnable de Toronto, ou se donner le traitement à la méthadone de la Fondation.»

De nombreuses communautés ontariennes n'ont aucun médecin autorisé à prescrire ce médicament.

«Lorsque les gens apprennent qu'un médecin prescrit de la méthadone, les nouvelles vont vite», affirme le D^r Martyn Judson, le seul médecin de London à offrir ce traitement aux usagers des opiacés. «En 1990, la Fondation m'a envoyé un patient de son programme de méthadone. Il venait de déménager à London. J'étais déjà intéressé à travailler avec des gens aux prises avec un problème de drogue ou d'alcool, et j'ai pensé que ce défi s'intégrait bien à cet aspect de mon travail. En l'espace d'un an, j'avais

Suite à la page 4



Atelier sur le lien entre la violence et l'usage de drogues

Judith Groeneveld, chercheuse à la ARF, étudie depuis cinq ans la lien entre la violence familiale et l'usage de drogues psychotropes. Elle prétend que de nombreux professionnels ne tiennent pas compte de cette importante relation.

«Beaucoup de gens ne sont pas au courant de la coexistence de ces problèmes, et même ceux qui sont au courant ne passent pas nécessairement à l'action», affirme-t-elle.

En 1989, M^{lle} Groeneveld et son collègue Martin Shan ont mené une étude tout à fait innovatrice qui a démontré que les femmes victimes de violence utilisaient davantage de tranquillisants, d'alcool et de drogues illégales que le reste de la population féminine.

«Pourtant, les victimes de violence familiale qui font une consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues sont rarement traitées simultané-

ment pour ces deux types de problèmes», ajoute-t-elle.

Pour faire connaître ce lien et encourager un changement d'optique, M^{lle} Groeneveld a donc organisé l'atelier national du Programme d'addiction, qui s'est tenu du 25 au 28 mars à l'Hotel Skyline de Toronto.

«L'atelier a tenté de modifier la perspective adoptée pour venir en aide aux victimes de violence, explique-t-elle. Nous avons invité environ 120 «agents de changement», c'est-à-dire des gens qui ont le pouvoir de faire changer le système. Parmi les participants canadiens, on comptait des représentants de Santé et Bien-être social, et du ministère de la Santé, ainsi que des politiciens et plusieurs autres décideurs et professionnels spécia-

Suite à la page 4

Le modèle américain ne s'applique pas ici

Gros plan sur une scène que la télévision nous restitue régulièrement : un groupe d'hommes du genre armé à glace, portant gilets pare-balles et écusson de la police ou du blouson, assénent de grands coups sur la porte d'un repaire local de trafiquants de drogues. Après avoir enfoncé la porte, une ruée de policiers se précipite à l'intérieur. Quelques secondes plus tard, les suspects sont étendus face contre terre, menottes aux poignets. Les agents de police procèdent à une fouille et découvrent de la drogue, généralement du crack, de la cocaïne, de l'héroïne ou de la marijuana, ainsi que des armes à feu.

Qu'il s'agisse d'un documentaire sur le travail du policier, d'une série policière ou des nouvelles du jour, le message est identique. Les drogues s'infiltrent partout, et la guerre totale semble le seul moyen susceptible d'enquêter la vague de crime qui menace d'engloutir, un à un, les quartiers nord-américains.

Mais est-ce là l'approche à adopter au Canada? «Non», dit la D^{re} Patricia Erickson, criminologue à l'Emploi de la Fondation de la recherche sur la

toxicomanie à Toronto.

«Les Canadiens qui gobent les mythes sur la drogue véhiculés par la société américaine deviennent la proie d'une panique réaliste importée des États-Unis, explique la D^{re} Erickson. Nous sommes à ce point exposés à la culture et aux médias américains qu'il s'agit d'une expérience des États-Unis réitérée sur notre perception de la situation.»

En réalité, la situation au Canada est totalement différente. Selon les recherches menées à la ARF et dans d'autres milieux scientifiques, la consommation de la majorité des drogues illégales, y compris la marijuana, a en fait diminué au Canada au cours des dix dernières années.

Bien que l'usage de cocaine ait effectivement augmenté quelque peu pendant les années 80, les études de la ARF démontrent que la proportion d'usagers de cocaine en Ontario est demeurée stable depuis 1985, c'est-à-dire à moins de deux pour cent de la population adulte. L'usage de cocaine parmi les élèves ontariens a chuté de près des deux tiers durant la même période.

«La réalité ne s'est même jamais approchée de

la fiction, je veux dire la soi-disant épidémie de drogues», poursuit la D^{re} Erickson.

À son avis, au lieu de considérer la consommation réduite de drogues au Canada comme une preuve que les mythes américains ne s'appliquent pas à leur voisin du nord, les médias prétendent plutôt que le Canada est en retard de quelques années sur les États-Unis. «La tendance dans les médias est de construire les reportages sur les drogues autour du thème du décalage culturel, au lieu de voir le Canada comme une société distincte dont les valeurs sociales et culturelles affectent, tout à tour, les taux de criminalité. À en juger par les reportages des médias, chaque saisie importante de drogue est un pas de plus vers la crise américaine.»

Cette impression de «crise» a peut-être aussi influencé l'évolution des politiques canadiennes en matière de drogues depuis le milieu des années 80. Selon la D^{re} Erickson, l'augmentation récente des infractions liées aux drogues pour-

Suite à la page 2

Le modèle américain, pas valable

Suite de la page 1

rait refléter le surplus de temps et d'argent affecté à l'arrestation des trafiquants et des usagers de drogues, et non servi d'indicateur de la consommation réelle de drogues. Le Dr Erickson prétend qu'il lui d'embêter le pas à la guerre antidrogue aux États-Unis, le Canada devrait s'attacher à atténuer les conséquences néfastes de la consommation de drogues. Ce type d'approche serait axé sur la promotion de la santé à l'échelon communautaire, et permettrait ainsi à la police de jouer un rôle plus positif.

Dans le cadre des stratégies axées sur la réduction des effets nocifs, l'usager de drogues n'est pas traité en pan de mort; il est un membre de la société qui a besoin d'un traitement ou d'une autre forme d'aide. Par exemple, le fait de fournir des aiguilles propres et des trousses de nettoyage pour la stérilisation des seringues équivaut peut-être en partie les taux relativement faibles d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) parmi les usagers de drogues injectables dans les villes canadiennes. Ces mesures contrastent avec l'approche plus punitive qui a été adoptée à l'égard des usagers de drogues injectables aux États-Unis, où l'on trouve des taux beaucoup plus élevés d'infection par le VIH et de sida parmi cette population.

«En tant que société, nous devons nous éloigner de l'approche américaine plus agressive, conclut le Dr Erickson, et nous tourner plutôt vers les expériences de l'Europe et l'Australie. Le marché américain représente plus de la moitié de la consommation mondiale de drogues. Pourquoi devons-nous suivre la trace du pas qui a la situation sensible pire que partout ailleurs?» ■

In manuel facilite la prise en charge des clients séropositifs

La propagation du VIH, virus responsable du sida (syndrome d'immunodéficience acquise), lance un nouveau défi aux professionnels qui travaillent dans le domaine de la toxicomanie.

«Les intervenants en toxicomanie doivent être préparés à répondre aux besoins des clients porteurs du VIH», prétend Michael McCrimmon, coordonnateur de la clinique VIH à l'Institut de recherche clinique et de traitement de la ARF.

Un nouveau manuel, publié par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, lui viendra en aide.

Le *HIV-positive Client: A Guide for Addictions Treatment Professionals* traite de certaines stratégies de prévention du VIH comme l'information concernant la sexualité plus sûre et les programmes d'échange de seringues. Le manuel aborde des questions cruciales telles l'intégration des clients séropositifs dans les programmes de traitement de la toxicomanie et il met en relief certaines méthodes de consultation.

Le manuel s'adresse aux conseillers en toxicomanie, aux médecins et infirmières, aux directeurs de programmation, et à «quiconque s'occupe de faire affaire avec des clients séropositifs», précise M. McCrimmon, auteur du manuel en compagnie de Kate Tschakovsky, thérapeute à la ARF.

Le manuel fait remarquer que la prévalence des porteurs du VIH (vive) de l'immunodéficience humaine au sein des programmes de traitement de la toxicomanie tend à être supérieure, et cela pour deux raisons: «Le VIH peut être contracté par l'entremise des drogues injectées, et les drogues et l'alcool sont quelquefois consommés pour faire face à la maladie».

En 1992, plus de 13 000 Ontariens avaient été déclarés séropositifs, et plus de 4 000 Canadiens avaient succombé au sida.

La clinique VIH de la ARF reçoit environ 150 clients séropositifs.

«Les intervenants en toxicomanie doivent apprendre à tenir compte des besoins d'une grande variété de clients séropositifs, allant de ceux qui ont peut-être une dizaine d'années à vivre, aux clients plus gravement atteints, pour qui la mort est possible», peut-on lire dans le manuel.

«Il est important que le personnel affecté au programme respecte la volonté du client désirant garder confidentiels son statut séropositif ou ses préférences sexuelles. Les services de guérison qui encouragent la divulgation de renseignements

personnels ne sont pas indiquées pour les clients séropositifs», ajoute M. McCrimmon.

Les thérapeutes doivent être aussi préparés à tenir compte de l'homophobie de certains clients dirigée contre les personnes gays ou lesbiennes, qu'elles soient ou non séropositives.

«Un groupe est, en réalité, un microcosme du monde extérieur», dit McCrimmon. Tout à coup, «ras quelque un en face de toi qui dit: "Si j'amais je rencontre une tapette, je la tue"». Les fournisseurs de soins doivent aborder ce genre de discrimination de la même façon qu'un préjugé racial».

Du plus, le personnel du programme doit être disposé à faire participer au traitement le ou la partenaire du client gay. «Plusieurs programmes font participer les membres de la famille mais ces programmes sont surtout axés sur l'hétérosexualité», précise M. McCrimmon. Si tu l'appelles Jean Uniel et que ton ami s'appelle Pierre Chou, le programme doit être conçu pour inclure Pierre au traitement».

En ce qui concerne les critères d'admission, les programmes doivent faire preuve de flexibilité à l'égard des clients séropositifs. Par exemple, le personnel pourrait permettre à cette catégorie de clients de continuer à consommer des Valiums sur ordonnance à condition que le client réagisse bien au médicament, même si l'abstinence à ces médicaments normalement une exigence du programme de traitement.

Le manuel décrit deux groupes parallèles de clients séropositifs. «D'une part, la communauté gay est particulièrement bien organisée et défend activement les droits des personnes porteuses du VIH. D'autre part, les usagers de drogues injectables ne sont pas vraiment bien organisés. Les thérapeutes doivent quelquefois prendre la part de ces clients. Le personnel doit également être réceptif aux peurs et inquiétudes des usagers de drogues injectables au sujet des clients séropositifs».

Le manuel insiste sur la question de cas. «Dans le cadre de notre travail à la clinique VIH, nous sommes régulièrement en contact avec le médecin de famille et les autres fournisseurs de soins de nos clients», affirme M. McCrimmon. La question de cas augmente les chances que le client poursuive le traitement et, par conséquent, repousse des soins continus.

«Le système immunitaire des usagers de drogues séropositifs peut s'améliorer de façon spectaculaire s'ils cessent leur consommation d'alcool ou de drogue».

«Un de nos clients avait un nombre de lymphocytes T inférieur à trois — un système immunitaire était peut-être en train de mourir. Dès qu'il a mis un terme à sa consommation de cocaïne, son nombre de lymphocytes T s'est mis à grimper. À 15 ou 20, son niveau était encore très bas, mais au moins il était en meilleure santé. Il était même arrivé pour combattre les infections. L'alcool était aussi un immunosuppresseur reconnu, ajoute-t-il».

«Mettre un terme à la consommation de drogues et d'alcool peut aussi avoir des effets bénéfiques sur les clients séropositifs dont le foie est surmené par les médicaments. L'alcool et la Zidovudine (AZT), combinés aux excès d'alcool ou de drogue».

«La clinique de la ARF organise des séances de formation sur le VIH dans plusieurs centres de traitement de la toxicomanie partout en Ontario», conclut M. McCrimmon. Ces centres seront ensuite ajoutés à la liste des programmes «spécialisés pour le VIH» du service Drogue et alcool — Répertoire des traitements (DART).

Le nouveau manuel est disponible gratuitement à la clinique. Pour l'obtenir, il suffit de composer le 1-416-595-6079. ■



Michael McCrimmon

Deux nouvelles «Mises au point» de la ARF

Le traitement pour toxicomanie est-il efficace? Voilà une question souvent posée aux intervenants ontariens spécialisés dans le domaine.

«Il s'agit en fait d'une question simple en apparence, mais à laquelle on ne peut répondre simplement ou directement», rétorque Shelly Pearlman, chef de l'unité jeunesse et famille à l'Institut de recherche clinique et de traitement de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de la ARF. «Une nouvelle mise au point intitulée *Les traitements examinés à la loupe: dans quelle mesure sont-ils efficaces?*»

«Selon les résultats des recherches, le traitement est efficace, mais tout le monde n'a pas la même définition de l'efficacité», précise la Dr Pearlman, qui a contribué à la publication. La mise au point explique de plusieurs façons les difficultés que posent la définition et l'évaluation du traitement.

Certaines études portant sur les résultats du traitement sont basées uniquement sur les clients qui ont terminé leur programme, tandis que d'autres études tiennent compte de l'ensemble des clients. L'ensemble des clients a été obtenu par l'ensemble des clients.

Une variété de mesures sont utilisées dans les évaluations des thérapeutes, les comptes rendus personnels des clients et des membres de leur famille, ainsi que les tests biologiques. Une évaluation fiable implique normalement plusieurs de ces mesures.

L'efficacité dépend de caractéristiques individuelles comme l'âge des clients, l'environnement familial, la situation professionnelle et la gravité du problème. Un programme conçu pour des clients dont le pronostic est favorable rapporte généralement plus de succès qu'un programme spécialisé dans le traitement des graves problèmes de toxicomanie.

Le moment et la durée du suivi sont également importants puisque la majorité des rechutes surviennent en l'espace de six mois après le traitement. Le document conseille de suivre les clients pendant au moins six mois à la suite du traitement.

«On s'entend pour dire que l'abstinence totale et à vie constitue un indicateur pertinent de la réussite d'un traitement, mais très peu de clients y parviennent», poursuit le Dr Pearlman.

Toutefois, une proportion allant de la moitié aux deux tiers des personnes traitées pour un problème d'alcool ou de drogue réussissent à améliorer leur situation en réduisant leur consommation et les problèmes connexes.

Pour optimiser l'efficacité du traitement, quel qu'il soit, le document recommande de choisir le programme le mieux adapté aux besoins particuliers du client; c'est la possibilité d'offrir une vaste gamme de traitements à la clientèle.

L'Ontario dispose d'un éventail de services de traitement dont la désintoxication, l'évaluation et l'orientation, les consultations externes, les programmes avec séjour en établissement,

et la posture. La Mise au point fait un survol des conclusions qui démontrent que les traitements ou combinaisons de traitements qui ont le plus d'effets, tous axés efficace que le traitement avec séjour en établissement. Elle examine également les coûts sociaux et médicaux qu'entraîne l'absence de traitement. Par contre, le coût du traitement, en particulier celui des personnes de moins de 45 ans, est souvent récupéré en termes de coûts évités, en termes de frais éparpillés par le système ontarien de soins de santé.

Le document souligne cependant que «l'aspect qualité d'un traitement ne se mesure pas exclusivement sur le plan statistique et économique. Des considérations humaines doivent aussi faire partie de l'équation».

Certains intervenants en toxicomanie croient que l'abstinence est la seule démarche thérapeutique applicable aux personnes ayant un problème d'alcool. D'autres considèrent la réduction de la consommation d'alcool comme une option réaliste pour les personnes qui ne présentent pas de dépendance grave à l'alcool.

L'option de la ARF au sujet de ces deux perspectives de traitement fait l'objet d'une autre récente mise au point intitulée *L'abstinence et la réduction de la consommation: deux méthodes de traitement de l'alcoolisme*. Ce document recommande:

- «d'offrir l'abstinence totale des personnes aux prises avec des troubles graves relatifs à l'alcool, y compris la dépendance physique;
- «d'envisager la réduction de la consommation d'alcool pour les «beuveurs abusifs» qui ne veulent pas cesser complètement de boire.

La première catégorie de clients concerne les personnes qui présentent un degré élevé de dépendance physique ou de troubles liés à l'alcool, ou celles qui ont éprouvé à plusieurs reprises de graves problèmes personnels, familiaux, financiers,

«On agit parfois comme si l'abstinence était suffisante pour arrêter de boire, fait remarquer le Dr Mark Sobell, important collaborateur à la rédaction de la Mise au point. Mais les fournisseurs de services et les intervenants auprès des clients savent que beaucoup de buveurs abusifs n'acceptent pas l'abstinence totale comme objectif de traitement.»

judiciaires ou professionnels en raison de leur consommation d'alcool.

Pour leur part, les «beuveurs abusifs» ne présentent pas de dépendance physique à l'alcool, mais connaissent certains problèmes liés à leur consommation.

D'après cette publication, la modulation constitue un objectif de traitement approprié pour de nombreux buveurs abusifs, mais des objectifs particuliers doivent être déterminés en fonction de chaque cas.

«On agit parfois comme si l'abstinence était suffisante pour arrêter de boire, fait remarquer le Dr Mark Sobell, important collaborateur à la rédaction de la Mise au point. Mais les fournisseurs de services et les intervenants auprès des clients savent que beaucoup de buveurs abusifs n'acceptent pas l'abstinence totale comme objectif de traitement.

«Les gens veulent suivre leur propre voie vers le rétablissement, et les buveurs abusifs qui réussissent leur traitement le font généralement en diminuant leur consommation d'alcool», poursuit le Dr Sobell.

Les programmes de réduction de la consommation examinent les situations et les endroits associés aux problèmes d'alcool, pour ensuite arriver à éliminer l'alcool de ces situations à risque élevé.

«La sectorisation de la toxicomanie se concentre depuis peu sur l'identification et l'intervention précoces, et on tend de plus en plus vers l'expansion des services offerts aux personnes qui ne sont pas considérées alcooliques chroniques», ajoute le Dr Sobell.

Par l'intermédiaire de ses diverses cliniques, la ARF vient déjà en aide aux buveurs sérieusement dépendants et aux buveurs abusifs. De plus, la Fondation vient de publier un livre intitulé *Saving Whores*, qui explique comment arrêter complètement de boire ou réduire sa consommation d'alcool.

La réduction de la consommation est un objectif valable, à condition de savoir faire la part des choses», conclut le Dr Sobell. D'un côté, on aura plus de gens intéressés à suivre un traitement mais, d'un autre côté, il faut veiller à ce que cette approche ne serve pas d'excuse pour masquer de graves problèmes d'alcool.

«Il nous est arrivé, cependant, de voir des clients commencer un programme de modulation et décider en cours de route que l'abstinence est une meilleure solution pour eux.»

On peut se procurer ces Mises au point auprès des affaires publiques de la ARF au numéro (416) 595-6054.

Le livre *Saving Whores*, écrit par la Dr Martha Sanchez-Carr, est vendu par le service de marketing de la ARF au coût de 24,95 \$ plus taxes. Le numéro est le (416) 595-6059 ou 1-800-661-1111. ■

Toute une gamme de produits

Le catalogue de la ARF est prêt

La version anglaise du Catalogue des produits 1993 de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (la ARF) est fraîchement sortie des presses de l'imprimerie et est présentement entre les mains des quelque 6 000 clients réguliers de la Fondation. Il est aussi disponible gratuitement à quiconque est intéressé à nos produits», ajoute Martha Lowrie, chef de service marketing à la ARF.

Le catalogue en couleurs décrit en détail des dizaines de livres, vidéos, affiches, dépliants et autres documents traitant de tous les aspects de la toxicomanie de la prévention au traitement, en passant par l'évaluation et la posture.

On y trouve du matériel de sensibilisation et d'initiation personnelle, en plus des ressources éducatives destinées à la salle de classe et aux lieux de travail. Les professionnels de la toxicomanie peuvent choisir entre les outils d'évaluation et de planification du traitement, le matériel de formation et de développement, et les documents de recherche et de référence.

Le catalogue 1993 renferme également une liste de nouveaux produits offerts par la ARF. Ces produits comprennent :

- Formation des enseignants en prévention — une trousse qui

permet aux enseignants d'élaborer des programmes de prévention en toxicomanie à appliquer dans la salle de classe.

- Vous connaissez... — une série de dépliants faciles à lire qui répondent à des questions générales sur une variété de drogues et quelques problèmes connexes.

- Renseignements sur... — une série de dépliants qui donnent des renseignements détaillés sur différentes substances, notamment leurs effets immédiats et à long terme, les symptômes de sevrage et les possibilités de traitement.

Parmi les articles les plus populaires du catalogue des produits de la ARF, on retrouve :

- la série du D. Bernard — six vidéos éducatives incluant vidéos, guides de l'enseignant et affiches. Idéales pour la salle de classe, la série met en vedette des marionnettes amusantes qui examinent les effets de l'alcool et des drogues.

Pour se procurer un exemplaire gratuit de la version anglaise du nouveau catalogue des produits, il suffit de communiquer avec le service de marketing de la ARF au numéro sans frais suivant : 1-800-661-1111. La version française du catalogue paraîtra dans les prochains mois. ■

La ARF et l'Institut Clarke créent un groupe de traitement conjoint

L'Institut psychiatrique Clarke est situé à deux pas du siège social de la ARF à Toronto mais, jusqu'à récemment, les deux organismes avaient peu en commun, mis à part le stationnement souterrain. La Fondation l'Institut Clarke combinait maintenant leurs compétences respectives dans le cadre d'un nouveau groupe de traitement de la toxicomanie axé sur les patients qui présentent de graves troubles psychiatriques.

«C'est la première fois que l'on s'intéresse officiellement à l'usage de drogues et d'alcool des patients, et aux formes de soutien dont ils ont besoin.»

«Dans le passé, nous étions plutôt portés à ignorer la consommation d'alcool et de drogue du patient», déclare Dale Buttnell, la division des soins continus à l'Institut Clarke.

Pourant, une proportion de 40 à 60 pour 100 de nos patients ont effectivement des problèmes de toxicomanie, qu'il s'agisse de dépendance physique, ou encore d'une interférence entre une drogue ou un médicament et le traitement psychiatrique. C'est la première fois que l'on s'intéresse officiellement à l'usage de drogues et d'alcool des patients, aux problèmes qui les connaissent, à leur détermination à renoncer à ces substances, et aux formes de soutien dont ils ont besoin.

«Il est à souhaiter que ce groupe, formé en novembre dernier, l'ère d'une roue à l'intention des personnes qui travaillent auprès des aînés, précise M. Buttnell. Les vidéos seront disponibles plus tard cette année.»

prévoyns maintenant l'appliquer à une gamme plus étendue de documents audiovisuels.

Les premiers vidéos avec sous-titres codés seront des composantes des principaux programmes de formation de la ARF. Il s'agit pour l'instant du Programme éducatif (voir page 1) et d'une roue à l'intention des personnes qui travaillent auprès des aînés, précise M. Buttnell. Les vidéos seront disponibles plus tard cette année. ■

plains qui impliquent non seulement leur médication, mais aussi leur situation sociale et parfois leur logement.

«Nous avons, par exemple, un client schizophrène qui prend du crack pour sortir de la torpeur que provoquent ses médicaments».

L'une des femmes du groupe mène un combat permanent contre la dépression et l'alcoolisme. Dans son cas, l'alcool, qui donne vie au côté plus social de sa personnalité généralement réservée, est à la fois un facteur déclencheur et un «remède» à sa dépression.

D'autres patients ont un problème de toxicomanie jumelée à un trouble de la personnalité ou de l'alimentation.

«Dans certains cas, l'usage d'alcool ou de drogue permet au patient d'oublier temporairement sa vie souvent pénible en s'offrant quelques moments de bien-être ou de plaisir», explique Ken de la ARF, autre coanimateur du groupe.

«Mais ensuite, il constate avec horreur qu'il a flambé la totalité de son chèque d'invalidité ou son allocation du gouvernement pour acheter de la drogue et qu'il devra faire appel aux soupes populaires pour le reste du mois.»

«Cela a pris plusieurs mois avant que les membres du groupe commencent à se faire valoir au cofinancement, mais les progrès deviennent de plus en plus évidents, reprend M^{me} Buttnell.

«On voit certains clients faire l'expérience de l'abstinence, par exemple. La semaine passée, deux membres du groupe ont annoncé qu'ils n'avaient pas pris de drogue de la semaine. Ils ont essayé des solutions de rechange à la consommation de drogues. Le premier a décidé de se rapprocher de sa femme; le deuxième a investi dans la décoration de son appartement.»

Le projet subira une évaluation officielle le mois des analyses d'urine visant à surveiller l'usage de drogue et d'alcool des clients dans le cadre du programme de financement accélééré de la ARF.

«Pour nous, ce projet est un bon modèle de coopération; indique M. Kent. Nous voulons que les connaissances acquises grâce à ce groupe de traitement puissent servir dans d'autres contextes, à la toxicomanie et à la santé mentale,

que ce soit sous forme de manuel, d'instruments d'évaluation ou d'autres types d'information.»

«Par le passé, le système de santé mentale avait une attitude punitive envers l'usage d'alcool ou de drogue des patients. On avait tendance à leur faire la morale ou à voir ce comportement sous un angle pessimiste. C'est pourquoi on n'investissait pas beaucoup de temps et d'énergie dans le traitement de ces patients.

«Nous voulons que les connaissances acquises grâce à ce groupe de traitement puissent servir dans d'autres contextes reliés à la toxicomanie et à la santé mentale.»

«La formule courante était "Aller d'abord chercher de l'aide pour votre problème de toxicomanie." Bien entendu, ce genre d'attitude n'avait pas tellement le client.»

«C'est tout, l'intervenant en toxicomanie conseillait au client d'aller d'abord chercher de l'aide pour son problème psychiatrique, ajouta M. Kent. Heureusement, je crois que les secteurs de la toxicomanie et de la santé mentale reconnaissent maintenant l'importance de coordonner les services dispensés aux clients qui présentent des troubles jumelés.»

«L'expérience de l'abstinence, par exemple. La semaine passée, deux membres du groupe ont annoncé qu'ils n'avaient pas pris de drogue de la semaine. Ils ont essayé des solutions de rechange à la consommation de drogues. Le premier a décidé de se rapprocher de sa femme; le deuxième a investi dans la décoration de son appartement.»

Le projet subira une évaluation officielle le mois des analyses d'urine visant à surveiller l'usage de drogue et d'alcool des clients dans le cadre du programme de financement accélééré de la ARF.

«Pour nous, ce projet est un bon modèle de coopération; indique M. Kent. Nous voulons que les connaissances acquises grâce à ce groupe de traitement puissent servir dans d'autres contextes, à la toxicomanie et à la santé mentale,

Vidéos avec sous-titrage codé pour malentendants

La Fondation de la recherche sur la toxicomanie (la ARF) intégrera des sous-titres codés (en anglais et français) pour malentendants sur certains vidéos.

Le sous-titrage codé pour malentendants transforme les dialogues d'une émission télévisée en texte écrit qui apparaît sur l'écran.

La Fondation utilise ce système depuis 1991 pour la production des communiqués d'intérêt public, affirme Dave Buttnell, chef des services audiovisuels. «Nous

prévoyns maintenant l'appliquer à une gamme plus étendue de documents audiovisuels.»

Les premiers vidéos avec sous-titres codés seront des composantes des principaux programmes de formation de la ARF. Il s'agit pour l'instant du Programme éducatif (voir page 1) et d'une roue à l'intention des personnes qui travaillent auprès des aînés, précise M. Buttnell. Les vidéos seront disponibles plus tard cette année. ■

Séminaire de la ARF sur les stéroïdes

«Les drogues visant à augmenter le rendement parmi les jeunes athlètes», tel était le sujet d'un récent séminaire commandité par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (la ARF). Le séminaire, destiné aux entraîneurs des équipes sportives des écoles secondaires, aux conseillers en orientation, aux professeurs, et au personnel des centres de conditionnement physique, recevait Dale Buttnell du Centre canadien sur la drogue spirituelle (CCDS) à Ottawa et le D. Peter Mezzacris, médecin principal aux Services de Santé Homevood, à Guelph.

«Une transformation notable de l'usage des drogues visant à augmenter le rendement ne surviendra pas sans un changement global d'attitude au sein de la société», affirme Dale Buttnell du CCDS. «Le centre a été fondé en réponse à l'une des recommandations de la Commission Dublin qui, en 1988, examinait l'usage de stéroïdes dans le sport canadien. Le centre souhaite briser la mentalité de "gagner à tout prix" qui prévaut dans le monde sportif, et le stéréotype du corps parfait imposé par la société. Nous pensons que ces deux phénomènes contribuent à l'usage de stéroïdes anabolisants», poursuit-elle.

M^{me} Bell prétend que l'entraîneur sportif peut être un modèle à imiter pour les jeunes. «Dans certains cas, il fait figure de parent substitut pour un jeune qui ne s'est peut-être jamais senti accepté auparavant. L'équipe est sa famille. La jeune est prêt à tout pour gagner, rester dans la famille, tout y compris consommer des drogues qui augmentent le rendement.

L'entraîneur est bien placé pour convaincre les jeunes que l'essence du sport ne se limite pas à gagner — le sport c'est apprendre la discipline, la camaraderie et respecter les règles du jeu.

«Les entraîneurs devraient assigner des objectifs individuels à chaque athlète en fonction de ses points forts, poursuit-elle. Prenons le cas d'un jeune de 15 ans qui pèse 180 lb. Nous n'allez pas lui dire qu'il doit engraisser de 20 lb pour pouvoir jouer le football. Vous pouvez lui dire "Te encore dans ta période de croissance. Cette saison, tu ne pourras pas jouer comme secondaire de ligne mais tu peux nous aider autrement...". L'entraîneur doit également insister sur le respect des règles du

jeu. Alors qu'elle s'adressait récemment à un groupe de jeunes élèves, M^{me} Bell a demandé à l'un d'entre eux de se tenir contre un mur, et à l'autre de se tenir six pieds devant le premier. Elle leur a ensuite demandé de prendre une course vers la mur opposée. «Le premier s'est tout de suite arrêté. Il n'est pas prêt.»

On pourrait dire la même chose des stéroïdes : «He ne s'est pas justes. Les jeunes enfants comprennent cela très rapidement. Espérons qu'il sera possible de faire comprendre aux jeunes athlètes que la compétition sans drogue n'est pas qu'une solution, mais la seule façon de l'exploiter.»

«On peut dresser un parallèle entre les jeunes hommes qui font usage de stéroïdes et les jeunes femmes anorexiques ou boulimiques», poursuit M^{me} Bell.

Les deux problèmes sont des tentatives désespérées pour rassembler les canons de beauté véhiculés par la société. Lui veut ressembler à l'étoile de football taillée au couteau, avec un corps en forme de V, et elle, au sveltes mannequin de mode, avec un tour de taille de 20 po. Elle se dit : «Je ne suis pas assez mince et je développe des habitudes alimentaires dangereuses pour atteindre son objectif. Il se dit : «Je ne suis pas assez musclé et je découvre qu'il peut gagner du poids rapidement en consommant des stéroïdes anabolisants.

«Les enfants grandissent avec des modèles utopiques sous les yeux. Il semble presque simpliste de dire "nous devons accroître la confiance en soi des enfants", mais les professeurs, les entraîneurs et les parents devraient aider les enfants à ignorer les stéréotypes, et faire ressortir les points positifs en chacun d'eux.»

«La tactique de l'épouvante ne fait qu'effrayer les jeunes usagers de stéroïdes», affirme Peter Mezzacris, des Services de Santé Homevood.

«Si vous avez des motifs de croire qu'un jeune fait usage de stéroïdes, la tactique du "dites simplement non" ne sera pas très utile. Il ne faut pas non plus dire que les stéroïdes anabolisants augmentent la force et l'endurance, parce qu'il est clair que c'est ce qu'ils font.

«Il est plus efficace de placer l'usage de stéroïdes dans le con-

texte d'un choix informel. Souligner l'importance, pour le jeune, de connaître les conséquences de sa consommation sur les plans de la santé et de la justice.»

Sur le plan de la santé, les effets secondaires potentiels des stéroïdes comprennent les maladies cardiaques et hépatiques, des modifications des caractéristiques sexuelles et des problèmes psychiatriques tels le délire et la paranoïa. Sur le plan de la justice, le trafic des stéroïdes est une infraction criminelle.

«Si rapprocher d'un jeune usage de stéroïdes prépare le terrain pour une dépendance à l'usage des raquettes sous-jacentes de sa consommation», explique le D. Mezzacris.

Un sondage de la ARF en 1991 auprès des élèves du secondaire en Ontario a révélé qu'environ trois pour cent des garçons avaient fait usage de stéroïdes au cours de l'année précédente. Le D. Mezzacris fait remarquer qu'aux États-Unis les chiffres correspondants sont beaucoup plus élevés — soit sept pour cent. De plus, les études américaines ont démontré que plusieurs jeunes avaient fait usage de drogues pour développer un corps plus musclé et améliorer leurs performances sportives.

«Cependant, des directives concernant le traitement commencent à émerger, ajoute-t-elle. Les jeunes sont moins portés à se faire valoir avec l'alcoolisme. Ce que nous savons est que certains usagers de stéroïdes répondent aux critères de la toxicomanie.»

«Cependant, des directives concernant le traitement commencent à émerger, ajoute-t-elle. Les jeunes sont moins portés à se faire valoir avec l'alcoolisme. Ce que nous savons est que certains usagers de stéroïdes répondent aux critères de la toxicomanie.»

Un réseau de consultation destiné aux médecins qui prescrivent la méthadone

Suite de la page 1

dés 12 patients et 10 autres se sont ajoutés l'année suivante. Des patients faisaient même régulièrement le voyage à partir de Windsor et de Kingston.

Le rôle de l'ARF sera de partager ses connaissances et son expérience dans le domaine du traitement à la méthadone avec les membres du réseau, comme par exemple le Dr J. Dufour, précise la Dr^{re} Marshman, qui a participé à la création du réseau. Ce rôle peut se traduire par des consultations, de la formation, de l'information ou de la formation. « Nous voulons que ces médecins nous aident à déterminer les problèmes cliniques et scientifiques qui guideront notre travail ».

« La recherche pourrait se pencher sur la proportion de patients qui consultent un médecin pour un problème de toxicomanie, les drogues qui posent le plus de problèmes, les ordonnances émises par les médecins et d'autres facteurs pertinents », commente la Dr^{re} Marshman.

Les médecins qui envisagent de prescrire de la méthadone doivent d'abord obtenir une autorisation du Bureau des drogues dangereuses de Santé et Bien-être social Canada. Ce service se charge d'ailleurs d'un programme de contrôle de la méthadone qui vérifie la conformité des ordonnances délivrées par les médecins avec les directives nationales.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario doit déterminer les qualifications adéquates

aux médecins intéressés à prescrire de la méthadone, et formuler des recommandations au sujet des demandes reçues par le Bureau des drogues dangereuses.

« L'Ordre des médecins et chirurgiens reçoit un nombre sans cesse croissant de demandes qui proviennent de médecins en quête de renseignements ou de recommandations », affirme Leanne Shamy, coordonnatrice du service des affaires professionnelles. Elle prétend que la création du Réseau de consultation sur le traitement à la méthadone est « une excellente façon, pour les médecins, de faire connaissance et d'échanger des idées. De son côté, l'Ordre des médecins et chirurgiens peut se familiariser avec leurs besoins ».

Les membres du réseau examinent actuellement des questions diverses comme le remboursement des médecins, ainsi que les nouvelles directives élaborées par le Bureau des drogues dangereuses sur les ordonnances de méthadone. Ces directives couvrent le dosage de la méthadone, les exigences relatives aux analyses d'urine, les avantages d'un programme d'administration à domicile, et d'autres aspects.

M^{me} Shamy ajoute que le réseau offrira également les besoins de formation additionnelle parmi les médecins qui dispensent le traitement à la méthadone. « La plupart des médecins connaissent l'existence de la méthadone, mais ils ne possèdent peut-être pas toutes les connaissances et l'expérience nécessaires pour aider un patient héroïnomane. »



Andres Stevens Lavigne (centre), chef du bureau régional de Toronto de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, se prépare à une mise au jeu rituelle lors d'une récente partie de hockey entre les étoiles des forces de l'ordre et des légendes aussi réputées que Billy Harris (gauche), ancien joueur vedette de la LNH. Grâce à une série de parties disputées partout en Ontario, plus de 50 000 \$ ont été recueillis au profit de la ARF et des collectivités qui ont accueilli la série.

Des étoiles du hockey amassent des fonds pour la ARF et les collectivités

Guy Lafleur, Gilbert Perreault et plusieurs autres légendes du hockey ont affronté l'équipe étoile des forces de l'ordre lors d'un tournoi de hockey, qui a eu lieu aux quatre coins de l'Ontario et a permis de recueillir plus de 50 000 \$ destinés à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie.

« La GRF et les forces policières locales ont toujours fait preuve de générosité à l'égard de la ARF dans le cadre de leurs efforts de prévention de la toxicomanie », commente Martha Lowrie, coordonnatrice de la campagne de financement et chef du service de marketing à la ARF. « Cette série étoile était leur façon à eux d'appuyer nos efforts ».

Lorsque le signal du début de la partie s'est fait entendre à la patinoire Varsity de Toronto, bondée pour l'occasion, le filet de l'équipe étoile des policiers s'est fait immédiatement bombarder de tirs au but. À la troisième période, les Légendes du hockey menaient 10 à 2, se sont entendus pour annuler leur avance de huit points. L'équipe des policiers a alors sauté sur l'occasion et a remporté la partie avec un pointage de 2 à 1.

Les arbitres de la partie étaient Red Storey, arbitre retraité de la Ligue nationale de hockey, et d'anciennes étoiles du Canadien de Montréal, soit Maurice Richard et Jean Béliveau. Eddie Shack occupait le poste d'entraîneur des Légendes.

Les Légendes et les arbitres de la partie ont réalisé quelques prouesses dignes de l'équipe de basket-ball Harlem Globetrotters. Par exemple : • Guy Lafleur a marqué un but alors qu'il était menotté à un co-équipier; • Maurice Richard a imposé une pénalité à un joueur de l'équipe des policiers pour avoir manqué un filet déstéré; • un joueur de l'équipe des policiers, croyant qu'il allait se faire photographier en compagnie de ses héros du hockey, a reçu, à la place,

une tarte à la crème au visage. • Le gardien de but Gilles Gilbert des Légendes a fait un arrêt, a donné un coup de pied à la rondelle qui, interceptée dans les airs par Marcel Dionne, s'est frayé un chemin jusqu'au fond du filet.

Les employés de la ARF, leurs familles et leurs amis se sont portés volontaires pour vendre les programmes de la partie. « La moitié de l'argent amassé lors de la série sera versée à l'élaboration de programmes, de services et de documentation destinés à toutes les collectivités de l'Ontario », soutient M^{me} Lowrie. L'autre moitié de l'argent sera offerte aux collectivités à l'intérieur desquelles il a été amassé, pour de la formation et de la documentation. »

Faire participer les patients aux décisions touchant le traitement

Les patients qui suivent un programme de traitement à la méthadone ont de meilleures chances de succès lorsqu'ils peuvent participer aux décisions concernant leur traitement et bénéficier de toute une gamme de services. Tel était le message transmis aux participants lors d'une récente conférence internationale financée par l'association américaine des traitements à la méthadone.

Barb Veder, déléguée de la ARF à cette conférence et coordonnatrice clinique du programme de traitement à la méthadone, a souligné l'importance d'offrir des services de traitement complets incluant :

- des soins médicaux primaires,
- la provision d'un mode de vie sain,
- une évaluation de la situation professionnelle,
- des possibilités d'instruction,
- des consultations d'appoint et

de la gestion de cas, • de la thérapie individuelle, familiale ou de groupe, • des consultations et des traitements psychiatriques.

Selon M^{me} Veder, une clinique autonome de traitement à la méthadone offre idéalement ce genre de services en contexte communautaire.

« Les professionnels de la santé ne devaient pas considérer le traitement à la méthadone comme un remède universel contre la dépendance aux opioïdes, mais plutôt comme un outil facilitant la gestion médicale de la toxicomanie, de la même façon qu'il insuline facilite la gestion médicale du diabète ».

« Une fois la dépendance contrôlée et gérée à l'aide de la méthadone, les clients font appel à notre gamme de services pour apporter les améliorations nécessaires à leur mode de vie. »

Un atelier étudie le lien entre la violence et l'usage de drogues

Suite de la page 1

lisés en services sociaux, en toxicomanie et en violence familiale.

« Un grand nombre d'organisations offrent des services reliés à la violence et à la toxicomanie mais on n'a tenu, jusqu'à présent, aucun forum permettant d'échanger l'information », poursuit M^{me} Groenewald. L'atelier nous a fourni l'occasion de partager nos connaissances et de former des réseaux ».

L'atelier comprenait les présentations de spécialistes en violence familiale et en toxicomanie : Sue Evans, spécialisée dans les agressions sexuelles perpétrées contre les enfants, Judy Roizen, dont le travail est axé sur les auteurs de violence familiale, Barbara Ball, qui travaille auprès des « rescapés » adultes de la violence familiale, et des délégués de la ARF, dont le président Mark Taylor. Des discussions de groupe suivaient chaque présentation.

« Cet atelier a aussi permis de

promouvoir la nouvelle documentation très précieuse sur le sujet », commente Julia Greenbaum, auteure organisatrice et associée de recherche à la ARF. Les participants ont suivi une formation en vue d'utiliser la trousse éducative Lien, qui a été mise au point par la Fondation et inclut un cahier de travail, un guide du formateur et un vidéo. « Nous les avons encouragés à partager leurs nouvelles connaissances et compétences avec leurs collègues, une fois rentrés au travail », indique M^{me} Greenbaum.

« J'espère que de plus en plus d'interventions en toxicomanie viendront en présence possible de violence dans la famille ou l'entourage des personnes admises en traitement, en particulier les femmes », reprend M^{me} Groenewald. De leur côté, les professionnels présents dans les cas de violence familiale devraient être à l'affût des signes d'alcoolisme ou de toxicomanie chez leurs clients.

« J'aimerais aussi que l'atelier

ait incité les deux groupes d'experts à une meilleure coordination des services ».

Selon l'étude de M^{me} Groenewald, les femmes victimes de violence, que ce soit dans l'enfance ou à l'âge adulte, ont au moins deux fois plus de probabilités d'avoir recours aux médicaments contre l'anxiété ou l'insomnie que le reste de la population féminine. Comparativement aux hommes n'ayant pas été agressés à l'âge adulte, 40 pour 100 plus de femmes battues font usage de médicaments pour dormir et 74 pour 100 plus prennent des médicaments contre l'anxiété. Les femmes victimes d'agressions sexuelles sont deux fois et demi plus susceptibles d'utiliser des somnifères et quatre fois plus susceptibles d'avoir recours aux médicaments contre l'anxiété.

Mentionons de nouveau que l'atelier et le matériel éducatif font partie du Programme éducatif Lien, un projet commun de la ARF et de Santé et Bien-être social Canada. »

Mme Chiu de Sarnia récompensée pour son travail précieux

Angelina Chiu, conseillère en programmation à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (la ARF), a mérité une médaille commémorative pour son travail précieux tout au long de sa carrière.

Ce programme honnorable, inauguré en l'honneur du 125^e anniversaire du Canada, récompense les personnes qui ont contribué de façon importante au bien-être de leurs concitoyens, leur collectivité et leur pays. M^{me} Chiu, du bureau de la ARF à Sarnia, est la deuxième employée de la ARF à recevoir une médaille commémorative en quelques semaines. Christine Boi, directrice de programmation au bureau de la ARF à Perth, a également été récompensée pour ses efforts. Chaque sénateur et député canadien peut décerner une médaille à un membre de sa circonscription. M^{me} Chiu a été mise en nomination par le député de Sarnia-Lambton, Ken James, selon les recommandations d'un comité local.

« J'ai été vraiment surprise d'apprendre que j'étais choisie », déclare M^{me} Chiu. C'est un très grand

honneur pour moi ».

Conseillère en programmation à la ARF depuis neuf ans, M^{me} Chiu travaille auprès des conseils scolaires de sa région, des industries, des entreprises, des organismes d'application de la loi et de services de traitement. Elle participe aux initiatives locales de promotion de la santé et siège à divers comités et conseils d'administration axés sur la toxicomanie. M^{me} Chiu a mis sur pied le conseil des Programmes d'aide aux employés (PAE) du comité de Lambton et a créé plusieurs entreprises à implanter un PAE. Elle a réuni un comité local de la Semaine de sensibilisation aux drogues et a mis en œuvre un Programme pour la sobriété des plaisanciers également dans le comté de Lambton. M^{me} Chiu a prêté main forte au Conseil régional de santé de Lambton qui a passé en revue les services locaux spécialisés en toxicomanie. Elle a également mené un coup de main à la communauté Chippewa, qui a mis sur pied un programme de promotion de la santé et un service d'évaluation et de recommandation. »